診療申込み票・問診票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　記入

　　　　　 　　　　　　　　　　　性別　男　/　女

生年月日MTSH　　 　年　　　月　　　日　　　年齢　 　歳

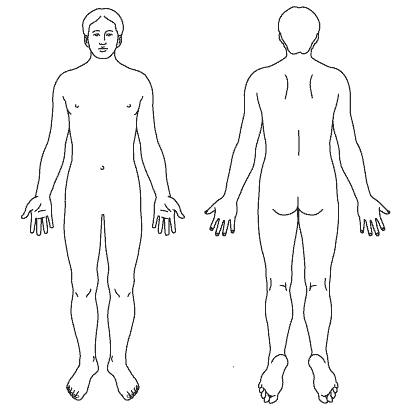
住所〒

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話番号

職種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(具体的にお願いします)

主な症状は？(かゆみ、痛み、ニキビ、その他　　　　　　　　　　　　　　　　)

今回診察希望の部位に○印をつけてください（右下図）

いつ頃からありますか？

　　　年　　　月　　　日頃から

ご家族に同様の症状の方はいらっしゃいますか?

これまでにかかった大きなお病気は?

現在内服中のお薬は?

妊娠していますか？ いいえ / はい

薬剤に過敏症はありますか？ いいえ / はい

その他